

XVII Reunión Virtual de la ASAC

Comunicaciones orales

210004. 10 AÑOS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL

MP Gutiérrez Delgado, M Ruiz López, S Mera Velasco, I González Poveda, JA Toval Mata, J Carrasco Campos, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Evaluar la evolución de 10 años de cirugía robótica colorrectal en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Regional de Málaga, para los pacientes sometidos a cirugía robótica electiva por neoplasia colorrectal desde 2009 hasta 2018, divididos en dos grupos quinquenales.

Resultados: 326 pacientes distribuidos en dos periodos de 5 años cada uno: primer periodo PP de 2009 a 2013(n=156) y segundo periodo (SP) de 2014 a 2018(n=170). Ambos grupos presentaron características demográficas similares salvo por el índice ASA(p=0,029) que fue mayor en el SP. En el PP se realizó un 37,2% de cirugía de colon frente a un 62,8% de cirugía de recto, en contraste con el 5,3% de cirugía de colon y 94,7% de cirugía rectal, realizadas en el SP(p=0,001). El procedimiento más realizado en el PP fue la amputación abdominoperineal (24,4%), mientras que en el SP predominó la resección anterior baja (36.5%). No se encontraron diferencias significativas en la preservación esfinteriana entre grupos(p=0,267). La mediana de ganglios fue de 13 en el PP, frente a 14 en el SP(p=0,026). No existió diferencias estadísticamente significativas en el tiempo quirúrgico(p=0.819) ni en la tasa de conversión(p=0,120). El índice de morbilidad entre grupos fue similar (31,4% vs 35,9%), sin encontrar diferencias significativas en infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal o eventración. La tasa de éxitos global fue inferior en el SP (2,4%) frente al PP (9,3) (p=0,015).

Conclusiones: A medida que ha aumentado la curva de aprendizaje con el abordaje robótico, se han llevado a cabo cirugías con mayor complejidad: mayor índice ASA y mayor número de cirugías rectales, sin que suponga un incremento del tiempo quirúrgico, tasa de conversión o morbilidad.



210005. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN PARA EL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL CÁNCER GÁSTRICO

MP Gutiérrez Delgado, J Moreno Ruiz, JL Fernández Aguilar, A Rodríguez Cañete, MC Montiel Casado, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Evaluar la importancia de la laparoscopia de estadificación para el diagnóstico de metástasis y/o CP en la población con adenocarcinoma gástrico localmente avanzado

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, realizado en el Hospital Regional Universitario de Málaga, desde enero de 2016 a marzo de 2021, comparando pruebas de laboratorio, histológicas e imagen frente a la laparoscopia exploradora para el diagnóstico de CP en población con neoplasia gástrica y de la unión esofagogástrica (UGE) avanzada (T \geq 3 y/o N positivo)

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 34 pacientes intervenidos desde enero de 2016 a marzo de 2021 de laparoscopia exploradora por adenocarcinoma gástrico localmente avanzado. Con respecto a las características demográficas predominó el sexo masculino (73,5%), con una edad media de 64 \pm 9,7 años y un IMC medio de 27,2 \pm 5,4 kg/m². La localización más frecuente dónde asentaba la neoplasia fue en el cuerpo gástrico en un 47,1% de los casos, así como, la presencia de células en anillo de sello fue el tipo histológico más frecuente en nuestra serie (35,3%). Al total de los sujetos incluidos en el estudio, se les realizó una tomografía computerizada

(TC) preoperatoria, y al 41% de los casos, se complementó con una tomografía por emisión de positrones (PET). Intraoperatoriamente, se evidenció carcinomatosis en un 29,4% de los pacientes, con una mediana de PCI de 4.5, siendo únicamente positiva la citología en dos casos (2,9%) y confirmándose el diagnóstico mediante biopsia intraoperatoria. Estos resultados, han supuesto un cambio de estadificación en 6 de los 10 pacientes diagnosticados de CP, a los que se le ha realizado cirugía resectiva considerándolos oligometastásicos por $PCI \leq 6$. En cambio, en los otros 4 casos, la presencia de CP con $PCI \geq 6$ ha supuesto un cambio en el manejo terapéutico de los mismos.

No se encontró diferencias significativas en marcadores tumorales, grado de diferenciación histológica, localización tumoral, $T \geq 3$, pruebas de imagen y estadiaje tumoral, con respecto a la presencia de carcinomatosis peritoneal en la laparoscopia de estadificación.

áreas de la medicina y cada vez más empleado en el tratamiento de la fístula. Nuestro grupo viene tratando desde 2011 la fístula anal de manera ambulatoria con PRP, evitando así una intervención quirúrgica a los pacientes que responden a dicho tratamiento.

Material y métodos: 72 pacientes diagnosticados de fístula perianal han sido tratados entre 2012 y 2017 en nuestro hospital mediante sellados con PRP en consulta, sin necesidad de anestesia ni hospitalización. En la primera consulta se procede a la extracción de sangre y obtención del PRP, el cual se divide en 4 jeringas, la primera de las cuales se utiliza ese mismo día, congelando el resto para sucesivos sellados en consulta si tras el primero no cierra la fístula (hasta un máximo de 3 sellados). La cuarta jeringa se reserva para ser utilizada en quirófano si los 3 sellados en consulta fracasan.

Resultados: Después de 26.49 meses, un 52.86% de las fístulas tratadas en consulta habían presentado una remisión clínica completa, con una media de 1.92 sellados. El tiempo promedio hasta la respuesta clínica completa fue de 12 semanas. Tan sólo 1 paciente presentó infección leve, que se resolvió con antibióticos.

ID: 210005. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL CÁNCER GÁSTRICO

MP del Pilar Gutiérrez Delgado
Residente de Cirugía General y Digestiva
Hospital Regional Universitario de Málaga

15-17 DE JUNIO DE 2021

[Acceder al vídeo](#)

Conclusiones: En base a nuestros resultados, creemos que la laparoscopia de estadificación es una prueba diagnóstica fundamental para objetivar carcinomatosis peritoneal, ya que el diagnóstico de esta patología, no es predecible mediante pruebas de laboratorio, histológicas o de imagen. Por otro lado, podemos afirmar que las pruebas de imagen son suficientes para el diagnóstico de metástasis a distancia

210051. ¿ES POSIBLE TRATAR LA FÍSTULA PERIANAL SIN NECESIDAD DE CIRUGÍA?

JM Hernández González, M Pitarch Martínez, T Prieto-Puga Arjona, F Moya Donoso, FJ Pérez Lara

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera

Introducción: En las últimas décadas se han propuesto numerosas técnicas de preservación de esfínteres para el tratamiento de la fístula anal, entre ellas los sellantes biológicos. Una de estas sustancias sellantes es el plasma rico en plaquetas (PRP), utilizado en diversas

¿ES POSIBLE TRATAR LA FÍSTULA PERIANAL SIN NECESIDAD DE CIRUGÍA?

Hernández González JM, Pitarch Martínez M, Prieto-Puga Arjona T, Moya Donoso F, Pérez Lara FJ
HOSPITAL DE ANTEQUERA

15-17 DE JUNIO DE 2021

[Acceder al vídeo](#)

Conclusiones: Con nuestra serie de casos se abre una puerta hacia el tratamiento de la fístula sin necesidad de cirugía, lo cual disminuye la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico y a las técnicas anestésicas. Así mismo supone un ahorro económico, al evitar la hospitalización de los pacientes tratados de esta forma.

210107. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA EN NUESTRO HOSPITAL

CM Gras Gomez, P Moya Forcén, J Ruiz Pardo, PA Sánchez Fuentes, B Estebanez Ferrero, Z Gomez Carmona, AJ Reina Duarte

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: Determinar si la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha influido en el tratamiento de la apendicitis aguda (AA).

Nuestro hospital tuvo que reorganizarse y sufrir cambios organizativos para poder asumir el aumento de las necesidades asistenciales provocadas por el SARS-CoV-2, que influyó en el manejo de todas las patologías urgentes. La AA, causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, también se vio afectada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes intervenidos por cuadros compatibles por AA entre febrero de 2019 y enero de 2021. Los pacientes fueron divididos para su análisis en dos grupos (pre-SARS-CoV-2 entre febrero de 2019 y enero de 2020 y SARS-CoV-2 entre febrero de 2020 y enero de 2021).

Resultados: 32 pacientes fueron intervenidos con cuadros compatibles con AA, de los cuales se excluyeron del estudio, 14 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión. 221 pacientes se incluyeron en el grupo pre-SARS-CoV-2 y 197 en el SARS-CoV-2. Ambos grupos eran comparables en edad, sexo, riesgo quirúrgico y comorbilidades. La mediana de tiempo hasta consultar en Urgencias y tiempo de espera hasta llegar al diagnóstico y tratamiento definitivo fue mayor en el grupo SARS-CoV-2 (2,01±2,838 días y 15,10±7,543 horas en el primer grupo y 2,61±2,941 y 19,21±6,528 horas en el grupo SARS-CoV-2 con una p de 0.034 y 0.0001 respectivamente), que provocó un mayor porcentaje de apendicitis evolucionas en el segundo grupo (p<0.001) y un mayor número de complicaciones postoperatorias (p=0.008), que sin embargo, no se tradujo en una mayor estancia, reintervenciones o reingresos.

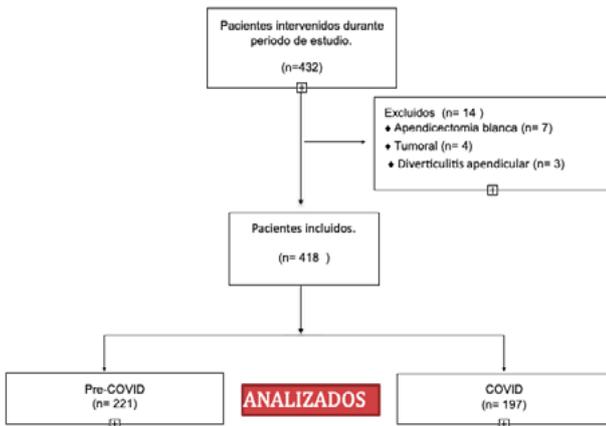


Figura 1
Diagrama Muestra.

Conclusiones: La pandemia por SARS-CoV-2 que en el último año ha sufrido nuestro país, y que ha desencadenado la saturación de nuestros hospitales, ha provocado un aumento en el tiempo hasta la consulta, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con AA.

Características de los pacientes	Pre- COVID	COVID	p
	N=221	N=197	
Edad (años)	32 (14.87)	31 (12.89)	0,513
Sexo			0,817
	Mujer 94 (42.50%)	86(43.70%)	
	Hombre 127 (57.50%)	111 (56.30%)	
Riesgo Quirúrgico: ASA			0,938
	ASA I 182 (82.35%)	159 (80.71%)	
	ASA II 22 (9.95%)	20 (10.15%)	
	ASA III 14 (6.33%)	14 (7.11%)	
	ASA IV 3 (1.37%)	4 (2.03)	
Diagnóstico			0,129
	Fecografía 81,45 % (180)	78,68 % (155)	
	TC 9,50 % (21)	15,23 % (30)	
	Ecografía-TC 9,05 % (20)	6,09 % (12)	
Abordaje Quirúrgico			0,391
	Laparoscopia 199 (90.04%)	175 (90,07%)	
	Convencional 7 (3.17%)	2 (1.04%)	
	Conversión 15 (6.79%)	16 (8.29%)	

Figura 2
Características de los pacientes estudiados- Variables.

Procedimiento Quirúrgico	Pre- COVID	COVID	p
Apendicectomía	218 (98.64%)	177 (89.85%)	<0.001
Ileoscolectomía	3 (1.36%)	16 (8.12%)	
Conservador	0 (0%)	4 (2.03%)	

Figura 3
Procedimiento quirúrgico.

Anatomía Patológica	Pre- COVID	COVID	P
	N=221	N=193	<0.001
Apendicitis Flegmonosa	76,02 % (168)	51,30 % (99)	
Apendicitis Gangrenosa	14,03 % (31)	25,39 % (49)	
Apendicitis Perforada	9,95 % (22)	23,31 % (45)	

Figura 4
Anatomía patológica.

Variable	Pre-COVID	COVID	Diferencia	95% de IC de la diferencia	P
	N=221	N=197			
Tiempo hasta consultar*	2,01 ± 2,838	2,61 ± 2,941	0,600	1,156-0,044	0,034
Horas en Urgencias	15,10 ± 7,543	19,21 ± 6,528	4,113	5,478-2,747	<0.001
Porcentaje de complicaciones*	8,60 % (19)	17,30% (34)	-	RR 1,544 (1,064-2,239)	0,008
Infección de herida	5,88 % (13)	11,17 % (22)	-	RR 1,462 (0,941-2,272)	0,051
Absceso intraabdominal	3,62 % (8)	6,09 % (12)	-	RR 1,338 (0,776-2,306)	0,237
Ileo	1,81 % (4)	4,57 % (9)	-	RR 1,741 (0,767-3,955)	0,105
Dehiscencia/Fistula	0 % (0)	1,02 % (2)	-	-	0,133
Reintervención	1,36 % (3)	3,55 % (7)	-	RR 1,781 (0,688-4,610)	0,143
Estancia*	3,83 ± 3,339	4,22 ± 3,583	0,390	-1,059-0,278	0,250
Exitus	0 % (0)	0,51% (1)	-	-	0,289
Reingreso	3,17 % (7)	6,60 % (13)	-	RR 1,536 (0,840-2,891)	0,110

*Tiempo en días.
Ni un paciente perdió experimental más de una complicación.
RR Riesgo relativo.

Figura 5
Resultados.



210133. PANDEMIA POR COVID-19, IMPACTO EN LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DEL CÁNCER COLORRECTAL

M Álvarez-Aguilera, N García-Fernández, ML Reyes-Díaz, I Ramallo-Solís, F de la Portilla

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Valorar el impacto de la infección por SARS-COV2 en la morbilidad postoperatoria de los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en un centro de tercer nivel.

Evaluar la eficacia y seguridad de intervenir a los pacientes más vulnerables cuando el escenario epidemiológico presente una "ventana de oportunidad".

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo de los resultados quirúrgicos de la Unidad de Cirugía Colorrectal en un centro de tercer nivel, comparando el período marzo-diciembre de 2019 y el mismo período de 2020, afectado por la pandemia COVID19. Algunas de las variables más relevantes analizadas fueron: el número de pacientes intervenidos, tasa de abordaje mínimamente invasivo, tasa de anastomosis, así como las diferentes complicaciones postoperatorias.

Resultados: En nuestro hospital, dado el contexto de un crecimiento lento en la incidencia de infección por SARS-COV2 en el período marzo-diciembre de 2020, sin colapso de los recursos sanitarios y las camas de UCI, y de acuerdo con las recomendaciones de la AECG, se optó por aprovechar esa "ventana de oportunidad" epidemiológica para tratar aquellos pacientes con cáncer colorrectal considerados más vulnerables (sintomáticos, casi obstruidos o sin respuesta a tratamiento adyuvante).

En este sentido, se intervinieron 206 paciente afectos de cáncer colorrectal, una cifra ligeramente inferior al mismo período de 2019, en el que se intervinieron 257 pacientes. En la siguiente tabla (Tabla 1) se muestran las diversas variables analizadas respecto a las características de la intervención y las complicaciones postoperatorias, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos.

	2019	2020	p
Tasa de laparoscopia/robótica (%)	71,54	66,5	>0,05
Tasa de anastomosis (%)	81,32	81,06	>0,05
Anastomosis en Ca colon (%)	150/163 (92%)	120/132 (91%)	>0,05
Dehiscencia en Ca colon (%)	6/163 (4%)	0/163 (0%)	>0,05
Anastomosis en Ca recto (%)	59/93 (63%)	47/73 (64%)	>0,05
Dehiscencia en Ca recto (%)	4/93 (4,3%)	4/73 (5,4%)	>0,05
Evisceración (%)	2 (1%)	2 (1%)	>0,05
Infección del sitio quirúrgico (%)	10 (4%)	12 (6%)	>0,05
Colección Intraabdominal (%)	9 (3,5%)	10 (5%)	>0,05
Necesidad de reintervención (%)	12 (5%)	13 (6%)	>0,05
Infección respiratoria	0	3 (1,5%)	>0,05
Sepsis por catéter	0	0	>0,05
Reingreso no programado	8 (3%)	7 (3%)	>0,05
Éxito	0	2 (1%)	>0,05

Figura 1 Tasa de anastomosis primaria e incidencia de complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Es importante establecer un plan de actuación para el manejo de los pacientes con cáncer colorrectal basado en la situación epidemiológica de cada región.

La infección perioperatoria por SARS-COV2 parece asociarse a una mayor morbilidad quirúrgica, no obstante, intervenir a los pacientes más vulnerables aprovechando el denominado período "ventana de oportunidad" constituye un plan de actuación seguro y eficaz. Consideramos necesario analizar la experiencia acumulada, para actualizar la evidencia disponible y optimizar los planes de actuación ante futuros brotes.



210147. HERNIOPLASTIA INGUINAL TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) CON FIJACIÓN Y CIERRE DE LA BRECHA PERITONEAL COMPLETA CON COLA QUIRURGICA. EXPERIENCIA INICIAL EN 1 AÑO

CM Ruiz Marín, FM Jiménez Armenteros, E Antonaya Rubia, A Rodríguez Cano, P Ruiz Frías, A Gómez Ortega

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Introducción: En la actualidad, las técnicas laparoscópicas para la reparación de las hernias de la región inguinal se vinculan a la fijación de una malla con la finalidad de evitar su desplazamiento. Las guías clínicas actuales sugieren que las mallas no se fijen con la técnica laparoscópica transabdominal en defectos hasta M/L II.

El objetivo del presente estudio es analizar nuestra experiencia a corto plazo con esta técnica.

Material y métodos: Se incluyen 117 pacientes consecutivos, diagnosticados de hernia inguinal y operados mediante abordaje laparoscópico transabdominal sin fijación de la malla, ni utilización de la sutura barbada para el cierre del ojal peritoneal, se realiza todo el procedimiento quirúrgico con Glubran de inicio a fin.

Se incluyen pacientes adultos, con hernias primarias o recidivadas y defectos de hasta M/L II. Las variables analizadas fueron el tiempo quirúrgico, la dosis de analgesia tomada, el tiempo de alta, el tiempo operatorio, el dolor postoperatorio a los 7 y 30 días y la tasa de recidivas al año.

Clasificación EHS Hernia Incisional	M	L	Recidiva		Largo cm	Ancho (W) cm	Ancho (Width)			
			Si	No			W1	W2	W3	
							< 4 cm	4-10cm	>10 cm	
Medial	Subxifoidea M1									
	Epigástrica M2									
	Umbilical M3									
	Infraumbilical M4									
	Suprapúbica M5									
Lateral	Subcostal L1									
	Fianco L2									
	Iliaca L3									
	Lumbar L4									

Figura 1

Clasificación de la EHS.

Resultados: Fueron operadas 117 hernias. La equimosis fue la complicación más común en los puertos de entrada. El seguimiento demuestra un bajo índice de dolor postoperatorio, un menor coste (al no utilizar medio de fijación de la malla) y sin recidivas durante un seguimiento mínimo de 9 meses (rango: 6-12 meses).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	103	88,0	88,0	88,0
Válidos Mujer	14	12,0	12,0	100,0
Total	117	100,0	100,0	

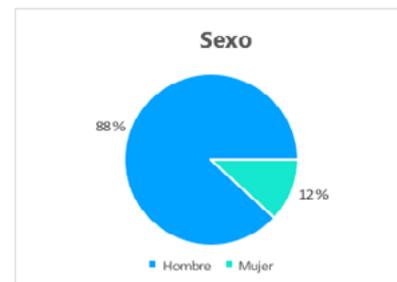


Figura 2

Análisis descriptivo.



Figura 3

Análisis descriptivo.

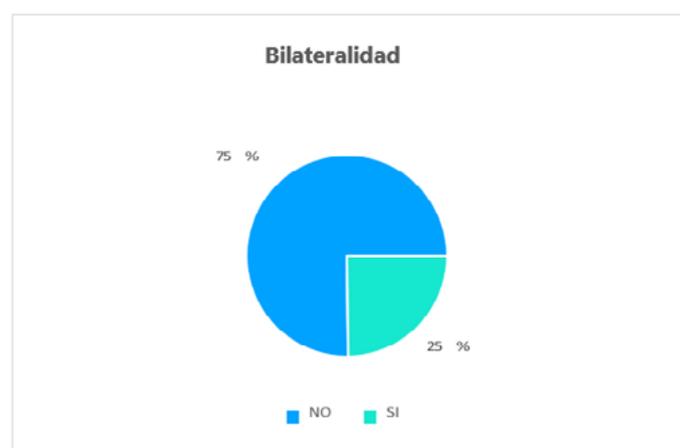


Figura 4

Análisis descriptivo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI 117	100,0	100,0	100,0

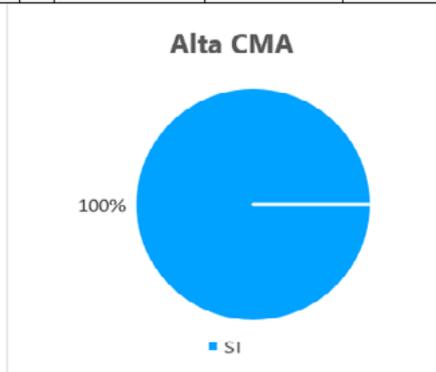


Figura 5

ALTAS CMA.



Acceder al vídeo

Conclusiones: Nuestra experiencia apoya la recomendación de usar como medio de fijación de la malla el Glubran tanto para adherir la malla como para el cierre de la brecha peritoneal no dejando ningún material tipo sutura, tucker, en la hernioplastia inguinal transabdominal en los pacientes con hernia inguinal M/L II primarias. En las hernias recidivadas, a pesar de haber obtenido resultados similares, esperamos futuros estudios con mayor número de casos y mayor seguimiento para apoyar dicha indicación.

210166. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA PARA LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA DEL CÁNCER GÁSTRICO DISTAL?

C Acosta Gallardo, M Mogollón González, J Triguero Cabrera, M Arteaga Ledesma, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Comparar los resultados respecto a morbimortalidad, características de la cirugía oncológica y supervivencia en pacientes

con cáncer gástrico distal que se someten a cirugía con intención curativa mediante dos técnicas quirúrgicas diferentes: gastrectomía total (GT) vs. Gastrectomía subtotal (GST).

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico distal entre Enero 2009-Diciembre 2019. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas; Kaplan-Meier y long-rank para estudio de supervivencia. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 pacientes, 60(61,2%) hombres y 38(38,1%) mujeres con una mediana de seguimiento de 27(12-58) meses.

Las diversas variables analizadas estratificadas vienen expresadas en la siguiente tabla (Figura 1):

	GT (n=41)	GST (n=57)	P	
FACTORES CLINICOS	-Edad(años)	68(82-78)	74(86-79)	0,038
	-HTA	18(39%)	38(63,2%)	0,015
	-IMC	25,8(21-30)	26,5(23-30)	0,232
	-ASA			
	I	4(10,8%)	3(5,5%)	
	II	14(37,8%)	24(43,0%)	0,172
	III	18(48,8%)	20(38,4%)	
	IV	1(2,7%)	8(14,5%)	
	-Debut complicaciones	8(19,5%)	23(41,4%)	0,020
	-Estadio AJCC-UICC preop.			
	I	3(9,7%)	6(14,8%)	
	II	10(23,3%)	18(30%)	0,612
III	17(54,8%)	19(48,3%)		
IV	1(3,2%)	0		
-Neoadyuvancia				
No	21(51,2%)	43(70,2%)		
Si, completa	18(43,9%)	11(20%)	0,021	
Si, incompleta	2(2,1%)	1(1,8%)		
FACTORES QUIRURGICOS	-Abordaje			
	Abierto	27(65,9%)	51(89,5%)	0,006
	Laparoscopia	14(34,1%)	6(10,5%)	
	-Ampliación margen quirúrgico	0	1(1,8%)	0,508
	-Anastomosis			
	Mecánica circular	48(9,5%)	45(80,7%)	<0,001
	Mecánica lineal	1(2,4%)	8(14%)	
	Manual	-	3(5,2%)	
	-Linfadenectomía			
	D1	9(22,5%)	38(66,7%)	<0,001
	D2	31(77,5%)	19(33,3%)	
	-Drenaje	32(78%)	33(58,9%)	0,038
-Complicaciones intraoperatorias	4(9,8%)	2(3,6%)	0,205	
-Estadio AJCC-UICC				
Regresión tumoral				
I	3(7,3%)	2(3,5%)		
II	8(19,5%)	11(19,3%)	0,062	
III	5(12,2%)	20(35,1%)		
IV	23(56,1%)	19(33,3%)		
IV	2(4,9%)	5(8,8%)		
ANATOMÍA PATOLÓGICA	-Infiltración			
	Bordes de resección	3(9,7%)	3(6,7%)	0,473
	Perineural	11(30,7%)	21(42,9%)	0,381
	Linfovasoular	18(58,1%)	19(38,8%)	0,073
	-Histología (células anillo de sello)	13(48,1%)	9(23,1%)	0,132
	-Número ganglios resecados	18(14-27)	14(10-21)	0,006
	-Complicaciones postop. inmediato	10(25%)	15(28,3%)	0,538
	-Fuga anastomosis	6(14,6%)	3(5,5%)	0,121
	-Fuga muñón duodenal	1(2,4%)	3(5,4%)	0,434
	-Clavien-Dindo			
	I	22(53,7%)	27(47,4%)	
	II	9(22%)	18(31,8%)	
III	3(7,3%)	5(8,8%)	0,781	
IV	2(4,9%)	3(5,3%)		
V	5(12,2%)	4(7%)		
SEGUIMIENTO	-Complicación postop. tardío	11(30,8%)	7(13,5%)	0,047
	-Reingreso por complicación	8(23,5%)	5(9,6%)	0,074
	-Inicio tolerancia oral (días)	2(1-3)	2(1-3)	0,314
	-Estancia hospitalaria (días)	8(7-12)	7(8-11)	0,049
	-Recidiva	11(33,3%)	18(32%)	0,542
	-Mortalidad	25(64,1%)	24(42,9%)	0,033
	-Supervivencia global			
	1º año	84,1%	78,8%	
	3º año	44,3%	63%	0,020
	5º año	38%	60%	

Figura 1

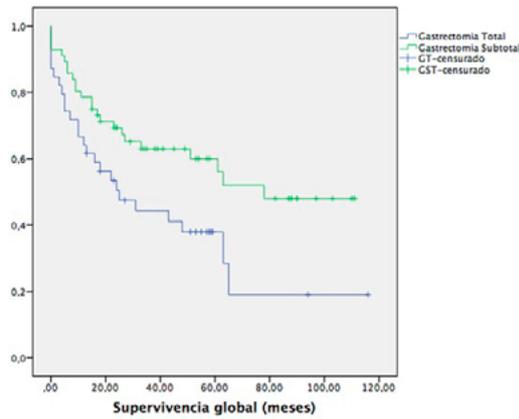


Figura 2

El resultado del análisis de supervivencia.



210169. ¿INFLUYE LA EXTENSIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA EN EL PRÓGNOSTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO?

C Acosta Gallardo, M Mogollón González, J Triguero Cabrera, M Arteaga Ledesma, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Evaluar si la localización de los ganglios extirpados y la positividad de éstos influye en la morbilidad a corto y largo plazo en el paciente intervenido de cáncer gástrico.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico entre Enero de 2009-Diciembre de 2019. Se recogieron datos demográficos, anatomopatológicos (clasificación TNM de la UICC -pN-, ganglios resecaados, ganglios positivos) y de seguimiento. Se incluyeron pacientes N+ estratificados en función de la localización: D1+ ganglios perigástricos (grupos 1-7) y D2+ ganglios extragástricos (grupos 8-12).

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas se definieron por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante la metodología Kaplan-Meier y el test Log-rank. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 81 pacientes. El 34,5% de los pacientes fueron clasificados como estadio IIIb, 32% IIIa, 16% IIa, 9,8% IIIc y 3,4% tanto IIA como Ib. Las diversas variables estudiadas vienen detalladas en la siguiente tabla.

	D1+ (n=70)	D2+ (n=11)	P
-Tamaño tumoral (cm)	5(4-6,7)	6,5(3,2-8,5)	0,573
-pT			
T1	3(4,3%)	0	0,682
T2	6(8,7%)	2(18,2%)	
T3	24(34,8%)	3(27,3%)	
T4	36(52,2%)	6(54,5%)	
VARIABLES ANATOMOPATOLÓGICAS			
-pN			
N1	22(31,4)	3(27,3%)	0,678
N2	24(34,3%)	5(45,5%)	
N3	24(34,3%)	3(27,3%)	
-Tipo histológico			
Pobremente diferenciado	34(60,7%)	7(63,6%)	0,661
Moderadamente diferenciado	20(35,7%)	3(27,3%)	
Bien diferenciado	2(3,6%)	1(9,1%)	
-Difuso-células anillo sello	19(41,3%)	3(42,9%)	0,581
-Invasión vascular	41(71,9%)	6(66,7%)	0,511
-Invasión perineural	33(58,9%)	5(55,6%)	0,562
-Número ganglios resecaados	18(14-24)	4(1-8)	0,182
-Número ganglios positivos	4(2-9)	2(1-5)	0,760
-I NR			
≤0,20	39(56,5%)	7(63,6%)	0,459
>0,20 y ≤1	30(43,5%)	4(38,4%)	
-Recidiva	32(60,4%)	5(45,5%)	0,200
-Mortalidad	54(78,3%)	5(45,5%)	0,032
-Seguimiento (meses)	16(5-29)	45(9-55)	0,087
MORBIMORTALIDAD			
-Supervivencia global			
1º año	58%	63,6%	0,046
3º año	25,7%	54,5%	
5º año	17,8%	52%	
-Supervivencia libre de enfermedad			
1º año	62,1%	63,6%	0,291
3º año	35,0%	54,5%	
5º año	20,7%	50%	

Figura 1

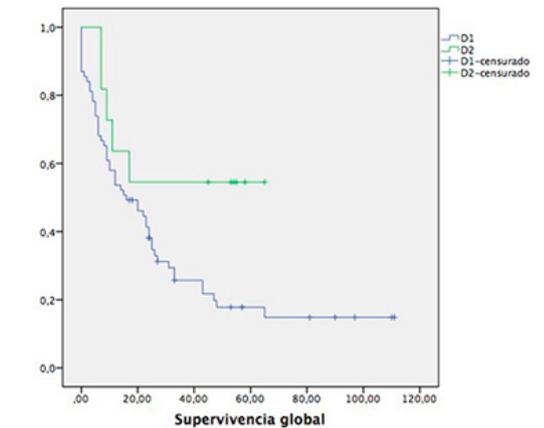


Figura 2

El resultado del análisis de supervivencia.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo del conjunto de pacientes intervenidos con diagnóstico de HPP1º en la Unidad de Cirugía Endocrino del Hospital Regional del Málaga durante el periodo de tiempo comprendido entre enero/2016 y noviembre/2020, con seguimiento mínimo de 6 meses.

Resultados: Tamaño muestral de 103 pacientes. Sexo predominantemente femenino (86%) con una edad media de 62 años. EL 90% de los pacientes presenta morbilidad, la mayoría ASA II (61%). Un 5% presenta antecedentes quirúrgicos cervicales.

Se objetivó sintomatología en el 75% de los pacientes, mayoritariamente dolor óseo (40%) y cólicos renales (39%).

La calcemia media preoperatoria fue de 11mg/dL con una PTH media preoperatoria de 185pg/mL.

Respecto al diagnóstico de localización:

-Ecografía: Se objetivó hallazgos patológicos en 76 pacientes (74%): El adenoma único fue el hallazgo más frecuente (83%), siendo la localización más frecuente la inferior derecha (46%). En 4 pacientes (17%) se diagnosticó hiperplasia paratiroidea.

-Gammagrafía: Se realizó a 101 pacientes. Se objetivó captación en 84 pacientes (83%), de éstos presentaban consonancia con la localización ecográfica 47 pacientes (56%).

-SPECT/TC: Se realizó a 94 pacientes. Se objetivó captación en 80 pacientes (85%), de éstos presentan consonancia con la localización ecográfica 44 pacientes (55%).

La técnica quirúrgica predominante fue la paratiroidectomía selectiva mínimamente invasiva que se practicó a 76 pacientes (74%), de ellos 3 pacientes se reconvirtieron a exploración cervical por no disminución de la PTH intraoperatoria. La PTH intraoperatoria alcanzó criterios de curación en el 81% pacientes. Se realizó neuromonitorización intraoperatoria en 68 pacientes (66%) con correcto funcionamiento y mantenimiento de la señal en 65 de éstos (97%).

La estancia postoperatoria media fue de 1,36 días.

En lo referente a la anatomopatología de las piezas quirúrgicas objetivamos 89 adenomas (86%), 6 hiperplasias (6%) y 8 glándulas sin patología (7%).

En relación con el resultado de la intervención: Se consiguió resolución del HPP1º en 96 pacientes (94%), hiperparatiroidismo persistente en 6 pacientes (6%) y una recurrencia.

Conclusiones: 1)La consonancia ecografía-gammagrafía y ecografía-SPECT/TC es similar en nuestro centro; pero en nuestra experiencia el SPECT/TC ofrece una mejor orientación respecto a la localización anatómica del cirujano en el campo quirúrgico.

2) La técnica quirúrgica mínimamente invasiva es predominante gracias a las técnicas de imagen que han permitido la localización preoperatoria y el abordaje selectivo.



Conclusiones: Tras el análisis de nuestra serie no se muestra que pueda existir relación entre la el tipo de linfadenectomía realizada y la extensión tumoral ganglionar (pN). Sin embargo, se demuestra que la supervivencia global a largo plazo (5 años) es mayor en los pacientes que se le ha realizado una linfadenectomía D2.

210175. SPECT/TC COMO PRUEBA DE IMAGEN PRINCIPAL PARA LA CIRUGÍA DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA EN CENTRO DE REFERENCIA

M Neuhaus Nevado, I Pulido Roa, C Rodríguez Silva, C Jiménez Mazure, J Santoyo Santoyo

Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Analizar nuestros resultados en la cirugía del hiperparatiroidismo primario (HPP1º) desde el punto de vista de la localización preoperatoria y la resolución.



210182. IMPLEMENTACIÓN DEL RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

N Martos Rojas, C Monje Salazar, JM Cabrera Bermón, F Ramos Muñoz, JL Cuba Castro, R de Luna Díaz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El régimen de CMA tras colecistectomía laparoscópica se comenzó a implantar en nuestro servicio el pasado año. Hemos apreciado una mejor aceptación por parte de pacientes y familiares durante la pandemia, ya que se disminuía el tiempo de estancia hospitalaria.

Presentamos, a continuación, los resultados obtenidos tras el inicio de este protocolo.

Material y métodos: A partir de marzo de 2020, en la unidad satélite de CMA ubicada en el Hospital Valle de Guadalhorce, se comenzó a llevar a cabo esta actividad.

Su implementación trajo consigo buenos resultados y acogida por parte de todo el equipo quirúrgico, así como pacientes y familiares, por lo que comenzó a aplicarse también en la unidad integrada de CMA del Hospital Virgen de la Victoria a partir de septiembre de 2020.

Los pacientes deben cumplir una serie de requisitos, tanto prequirúrgicos, como intraoperatorios y postquirúrgicos, para ser incluidos en el protocolo de CMA.

Los datos de todos los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica electiva durante el año 2020 fueron recogidos en una base de datos en Excel 2019, a partir de la cual se realizó el siguiente análisis.

Resultados: En el Hospital Valle de Guadalhorce, desde marzo de 2020, 93 de 285 pacientes (32.63%) fueron dados de alta en régimen de CMA.

En el Hospital Virgen de la Victoria, fueron 31 de 176 pacientes (17.61%) los que fueron dados de alta en la misma tarde de la intervención. Hemos de tener en cuenta que en este hospital se empezó a aplicar el régimen de CMA en septiembre y que además se reservan las intervenciones en este centro para pacientes de mayor riesgo quirúrgico (ASA III-IV) y con patología biliar más compleja.

La edad media de los pacientes fue de 52.52 años. Con respecto a la distribución por sexo, 36 eran varones y 88 mujeres. La gran mayoría de los pacientes tenían un riesgo anestésico catalogado como ASA II (65.32%), siendo tan solo 14 pacientes ASA III estables.

En cuanto al diagnóstico preoperatorio, el grueso de la muestra lo conformaban colelitiasis, aunque también se incluyeron antecedentes de pancreatitis, coledocolitiasis, colecistitis crónica y pólipos vesiculares.

Ninguno de los pacientes dados de alta en régimen de CMA han presentado complicaciones ni reingresos.



Conclusiones: El régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria es seguro y aplicable. No debemos olvidar realizar una correcta selección de pacientes y garantizar un buen control tanto anestésico como analgésico en el postoperatorio inmediato.

210200. TRASPLANTE HEPÁTICO. ANÁLISIS DE LAS SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN EN EL REGISTRO ANDALUZ

EM Pueyo¹, C Cepeda¹, LM Marín¹, B Sánchez², T Villegas³, J Briceño⁴, MÁ Gómez Bravo¹

¹Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga ³Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ⁴Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El objetivo inicial de este estudio es analizar el impacto en la supervivencia de la solución de preservación utilizada. Secundariamente, se investiga la influencia de la edad del donante, patología de base y el tiempo de isquemia del injerto.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional analítico retrospectivo multicéntrico. Se estudia una población de 1822 pacientes trasplantados hepáticos en los hospitales andaluces (H. Virgen del Rocío, H. Reina Sofía, H. Virgen de las Nieves, H. General de Málaga) entre 1995 y 2014. Se analiza la supervivencia de paciente e injerto por grupos en función de la solución de preservación utilizada, la edad del donante, la patología indicación de trasplante y el tiempo de isquemia, y la relación entre las variables mediante estudio bivariente. Se realizó un análisis multivariante descriptivo y predictivo de las variables

Resultados: La comparación de las funciones de supervivencia de injerto y paciente para cada solución de preservación obtuvo diferencias no significativas. El análisis bivariente muestra una utilización significativamente mayor de Celsior y HTK en la pérdida de injerto.

La comparación entre grupos de edad del donante demostró diferencias significativas a favor de los injertos de donante menores de 50 años. En el análisis multivariante de la supervivencia de paciente e injerto la edad del donante obtuvo una HR de 1,008 ($p < 0,005$) con donantes mayores de 47,62 y 47,54 años respectivamente.

El análisis de la supervivencia entre grupos de patología halló diferencias significativas, no obteniendo en el estudio multivariante poder predictor de la supervivencia del paciente ni del injerto.

No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia según el tiempo de isquemia, pero sí relación entre la pérdida precoz del injerto y tiempo medio de isquemia fría más largo.



Conclusiones: La supervivencia de paciente e injerto aumenta en el grupo que recibió un órgano procedente de donante de menor edad. Asimismo, se vio influida por la patología que motivó el trasplante. No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia de paciente ni injerto según la solución de preservación utilizada ni con tiempos de isquemia hasta 18 horas, pero se observó tendencia hacia peores resultados con tiempos de isquemia prolongados.

210210. EMPLEO DE CRITERIO DE VIENA (MODIFICADO) EN LA MONITORIZACIÓN DE PTH INTRAOPERATORIA EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: ANÁLISIS DE RESULTADOS

C Jiménez Mazure, M Neuhaus Nevada, I Pulido Roa, C Rodríguez Silva, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Evaluar la utilidad de la monitorización mediante PTH intraoperatoria (PTHio) con una modificación del criterio de Viena en pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPTP) para pronosticar la curación tras la cirugía.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en un centro de referencia de cirugía endocrina, en el se incluyeron los pacientes intervenidos de HPTP desde enero de 2016 a noviembre de 2020 con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se excluyeron los pacientes a los que no se realizó PTHio, aquellos con HPTP recurrente con cirugía previa, diagnóstico de MEN, y pérdidas de seguimiento.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), valores de calcemia y PTH, estudio topográfico y abordaje quirúrgico.

Para la monitorización de la PTHio se utilizó el criterio de Viena con una modificación propia (PTH basal y 15 minutos postexéresis) y se consideró curación del HPTP la normocalcemia a los 6 meses de la cirugía

Resultados: Del total de 120 pacientes intervenidos de HPTP en el periodo de estudio, 97 cumplieron los criterios de selección. La edad media fue de 62,23 (+/- 11,22) años, con un predominio de mujeres (83%). Los valores preoperatorios de calcemia y PTH fueron 11,06 (+/- 0,96) mg/dl y 198 (+/- 153,76) pg/ml. Se identificó preoperatoriamente la lesión en 85 pacientes (87,6%), 57 (58,7%) por ecografía, y 81 (83,5%) mediante gammagrafía o SPECT, siendo ambas pruebas coincidentes en 46 (47,4%) pacientes.

El abordaje inicial fue mínimamente invasivo en 75 (77,3%) pacientes, precisando 4 de ellos progresión a exploración cervical bilateral (ECB) por ausencia de descenso de PTHio, mientras que en 22 (22,7%) se realizó directamente ECB. En conjunto, la PTH basal media fue 830,77 (+/- 819,03) pg/ml, y la post-exéresis 96,11 (+/- 261,78) pg/ml. De los 93 pacientes en los que se observó un descenso adecuado de la PTHio, 90 mostraron curación a los 6 meses (VPP 96,8%), y de los 4 pacientes con ausencia de descenso de la PTHio, 3 fueron verdaderos negativos (VPN 75%). La prueba presenta una exactitud del 96,8%.

Conclusiones: El criterio de Viena modificado ha demostrado ser, en nuestro medio, un procedimiento útil para pronosticar la evolución de los pacientes tras la cirugía, por lo que puede ser usado como guía para la toma de decisiones de forma intraoperatoria.



 [Acceder al vídeo](#)